

## QUALIDADE DE VIDA E AJUSTE DIÁDICO DO DOENTE EM HEMODIÁLISE

Nuno Cravo Barata<sup>1</sup> (✉ [nunopsi@gmail.com](mailto:nunopsi@gmail.com)) & Daniela Múrias<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Instituto Piaget de Viseu, Portugal; <sup>2</sup> Universidade Portucalense Infante D. Henrique, Portugal

A Insuficiência Renal Crónica surge de uma diminuição da função renal normal, por destruição progressiva e irreversível do parênquima renal. Quando a taxa de filtração glomerular já está bastante baixa, surge a necessidade de tratamento como suporte de vida, a Hemodiálise (HD). Trata-se de uma técnica terapêutica, de longo prazo, que permite manter o doente com um estado clínico e homeostático equilibrado, uma vez que retira metabólicos tóxicos acumulados no sangue, e outras substâncias em excesso no organismo, e promove a reposição de algumas em carência. O avanço da ciência, da técnica e da tecnologia têm permitido, ao longo dos anos, possibilitar mais saúde e melhor qualidade de vida a estes doentes.

É neste sentido que o acompanhamento de todos os profissionais, familiares e amigos que o rodeiam se torna imprescindível para ultrapassar a situação não pretendida. Assim, constata-se que a doença crónica aumenta a prevalência do transtorno do estado de ânimo cerca de 5,8% até 10% (Moreno, 1999).

Várias são as dificuldades verificadas quanto à adaptação e confronto com a doença crónica, mais precisamente quando algumas respostas psicológicas que são normais e esperáveis como a negação, ansiedade e depressão, em certos indivíduos vão dificultar a adesão ao tratamento bem como a procura de cuidados. Em contra partida, o otimismo parece ter um papel protetor, visto que se associam a menor relato de sintomas físicos, bem como maior envolvimento em comportamentos saudáveis e melhor recuperação.

A intervenção psicológica junto de indivíduos com doença crónica pode focar-se, mediante os casos em aspetos como: na ajuda em processos

de tomada de decisão; estados emocionais e necessidades de pertença e segurança; facilitação dos processos de confronto com a doença e com o seu tratamento; gestão do *stress* associado à doença; aumento do envolvimento do sujeito no seu próprio tratamento; crises pessoais ou familiares associadas à doença; melhoria da comunicação com os técnicos de saúde; problemas de adesão aos tratamentos médicos ou a atividades de autocuidados; identificação de necessidades de referência para outros apoios especializados (apoio social, psiquiatria, recursos comunitários) (Trindade & Carvalho Teixeira, 2000).

Neste sentido, a presente investigação tem como objetivo principal verificar até que ponto o apoio/ajuste diádico têm influência no paciente com IRC e na sua QDV bem como avaliar a sua sintomatologia ansiosa e depressiva, comparando os resultados com indivíduos com IRC e com indivíduos com IRC mas portadores da diabetes.

## MÉTODO

O presente estudo tem como finalidade uma análise das relações entre a qualidade de vida (QDV), o ajuste diádico (AD) e a sintomatologia ansiosa e depressiva (HADS) das pessoas com insuficiência Renal Crónica (IRC), ou seja, percepção da qualidade de vida e do ajuste diádico do doente em tratamento dialítico.

Esta investigação apresenta como variáveis independentes a doença crónica e a diabetes e como variáveis dependentes, o ajuste diádico, a depressão, a ansiedade e a qualidade de vida.

Sendo assim, este estudo classifica-se como quantitativo transversal de carácter descritivo e correlacional com a finalidade de adquirir uma maior compreensão da importância do ajuste diádico, na qualidade de vida das pessoas portadoras de IRC.

Os objetivos específicos do presente estudo são, a saber: 1) Compreender o impacto que a doença crónica tem na qualidade de vida em indivíduos com insuficiência renal crónica; 2) Analisar que possíveis implicações poderá ter a presença de perturbação de humor na qualidade de vida

e relação diádica do doente renal crónico; 3) Perceber qual o impacto que a insuficiência renal crónica tem no ajuste diádico.

### *Participantes*

Neste estudo, a amostra é constituída por 60 participantes portadores de IRC. Destes destacam-se 30 participantes IRC e 30 diabéticos com IRC sendo 15 femininos e masculinos respetivamente. A seleção foi realizada na Unidade Nordial – Centro Renal de Mirandela. A recolha de dados efetuou-se num prazo de 2 meses (8 semanas). A amostra é considerada não probabilística, sendo o tipo de amostragem por seleção racional e obedecendo aos seguintes critérios de exclusão: i) Grávidas; ii) Doentes com menos de três meses de tratamento em hemodiálise; iii) Que apresentem estado confusional e/ou demencial; iv) Doentes que tenham idade igual ou inferior a 18 anos; v) Doentes solteiros ou divorciados.

Os participantes no grupo IRC Diálise revelaram que 2 (6.7%) fizeram transplante, e quanto ao tempo em que faz hemodiálise varia entre 1-14 anos ( $N=30$ ,  $M=4.60$ ,  $DP=3.53$ ). De acordo com a doença associada 96.7% sofre de hipertensão.

Os participantes no grupo IRC Não Diabéticos revelaram que 3 (10%) fizeram transplante, e quanto ao tempo que faz hemodiálise varia entre 1-20 anos ( $N=30$ ,  $M=5.8$ ,  $DP=4.56$ ). De acordo com a doença associada 73.3% sofre de diabetes e apenas 8(26.7%) hipertensão.

### *Material*

A recolha dos dados foi feita aquando a permanência dos doentes em tratamento, tendo todos respondido aos mesmos questionários, iniciando-se com o questionário sociodemográfico, que tem como objetivo caracterizar a amostra, segue-se o instrumento sobre a Depressão e Ansiedade visto que esta é uma das características nos indivíduos que padecem desta doença em estudo. Seguidamente a escala de Ajuste Diádico que procura avaliar o ajustamento do casal. Por fim, qualidade de vida – WHOQOL-Bref. A duração da aplicação destes instrumentos durou em média 40 minutos. O investigador foi sempre o mesmo ao longo do tempo de administração dos questionários e visto que foi preenchido pelo próprio investigador faz com

que tenham diminuído possíveis limitações relativamente aos preenchimentos dos questionários, como: o facto de o sujeito ter tendência para exagerar ou minimizar a sua perceção no momento de administração dos testes; tendência para responder aos testes da forma que é socialmente aceite.

### *Procedimentos*

A investigação iniciou-se com a solicitação e posteriormente autorização para o uso dos instrumentos utilizados. Seguidamente, o projeto de investigação teve início com: 1) apresentação do projeto ao centro renal de Mirandela para que autorizassem a recolha de dados; 2) Os participantes foram informados sobre os objetivos e o procedimento da investigação; 3) a entrevista e os instrumentos aplicados foram feitos de forma confidencial podendo os participantes interromper a qualquer momento; 4) os questionários são preenchidos pelo investigador devido às condições posturais em que se encontram os participantes; 5) todos os participantes foram selecionados de acordo com o consentimento dos mesmos, bem como, de acordo com as suas capacidades físicas e mentais; 6) A seleção destes participantes é feita de forma racional pelo enfermeiro chefe da hemodiálise, baseando nos critérios de exclusão de foram elaborados para a investigação.

Esta amostra foi recolhida entre 31 de Janeiro a 21 de Fevereiro na clínica de hemodiálise – Nordial, Centro Renal de Mirandela.

## RESULTADOS

Os resultados sugerem que os participantes no grupo IRC Diabéticos demonstraram uma pontuação na qualidade de vida no domínio físico ( $M=20.8$ ,  $DP=5.59$ ; extensão 3-29), no que se refere domínio psicológico ( $M=21.8$ ,  $DP=2.06$ ; extensão 17-25), quanto ao domínio social ( $M=10.8$ ,  $DP=1.71$ ; extensão 7-17), por último quanto ao domínio ambiente ( $M=29.4$ ,  $DP=5.47$ ; extensão 8-44). Os participantes no grupo IRC Não Diabéticos demonstraram uma pontuação na qualidade de vida no domínio físico

( $M=24$ ,  $DP=4.71$ ; extensão 12-31), no que se refere domínio psicológico ( $M=22.6$ ,  $DP=2.20$ ; extensão 18-27), quanto ao domínio social ( $M=10.5$ ,  $DP=1.41$ ; extensão 7-12), por último quanto ao domínio ambiente ( $M=29.9$ ,  $DP=2.06$ ; extensão 24-32).

De acordo com a presença de sintomatologia ansiosa e depressiva verifica-se que os participantes no grupo IRC Diabético demonstraram uma pontuação média de 5 pontos na dimensão depressão ( $M=5$ ,  $DP=2.53$ ; extensão 2-13), no que se refere à dimensão ansiedade uma pontuação média de 4,26 pontos ( $M=4.26$ ,  $DP=2.83$ ; extensão 0-10), quanto à dimensão geral uma média de 9.33 pontos ( $M=9.33$ ,  $DP=4.53$ ; extensão 2-20). Os participantes no grupo IRC Não Diabéticos apresentaram uma pontuação na dimensão depressão de 4.23 pontos ( $M=4.23$ ,  $DP=2.97$ ; extensão 0-10), no que se refere à dimensão ansiedade uma pontuação média de 3.56 pontos ( $M=3.56$ ,  $DP=2.58$ ; extensão 0-10) e quanto à dimensão geral uma pontuação média de 7.83 pontos ( $M=7.83$ ,  $DP=4.81$ ; extensão 1-17).

No que concerne ao ajuste diádico observa-se que os participantes no grupo IRC Diabético demonstraram uma pontuação na dimensão consenso ( $M=52.2$ ,  $DP=3.51$ ; extensão 39-60), no que se refere à dimensão satisfação ( $M=39.9$ ,  $DP=3.07$ ; extensão 32-44), quanto à dimensão coesão ( $M=17.6$ ,  $DP=2.93$ ; extensão 11-24), relativamente à dimensão expressão de afeto ( $M=8.50$ ,  $DP=.9$ ; extensão 6-11) e por último a dimensão de ajuste diádico total ( $M=118.30$ ,  $DP=6.76$ ; extensão 99-136). Os participantes no grupo IRC Não Diabético apresentaram uma pontuação na dimensão consenso ( $M=52.7$ ,  $DP=2.89$ ; extensão 45-62), no que se refere à dimensão satisfação ( $M=39.9$ ,  $DP=4.06$ ; extensão 28-44), quanto à dimensão coesão ( $M=18.8$ ,  $DP=6.20$ ; extensão 6-37), relativamente à dimensão expressão de afeto ( $M=8.33$ ,  $DP=1.70$ ; extensão 1-11) e por último a dimensão de ajuste diádico total ( $M=120.2$ ,  $DP=9.74$ ; extensão 94-141).

Verificamos, igualmente, que existe uma relação negativa entre a qualidade de vida na dimensão física e sintomatologia depressiva na dimensão depressão ( $r=-.412$ ,  $p=.001$ ), na dimensão ansiedade ( $r=-.386$ ,  $p=.002$ ), relativamente à dimensão psicológica verificamos que existe uma relação negativa entre a qualidade de vida e sintomatologia depressiva na dimensão depressão ( $r=-.461$ ,  $p\leq.001$ ), na dimensão ansiedade ( $r=-.422$ ,  $p=.001$ ), na sintomatologia patológica total ( $r=-.522$ ,  $p\leq.001$ ). no que se refere à dimensão ambiente esta somente se Relaciona negativamente ,na

sintomatologia patológica total ( $r=-.288$ ,  $p=.026$ ). Quanto à dimensão social esta não se relaciona com a sintomatologia depressiva.

Pode-se assim concluir que a qualidade de vida na dimensão física e psicológica é menor quando a sintomatologia depressiva geral, na dimensão depressão e dimensão ansiedade aumenta. No que diz respeito qualidade de vida na dimensão ambiente é menor quando a sintomatologia depressiva geral aumenta. Por fim a qualidade de vida na dimensão social não se relaciona com a sintomatologia depressiva.

Observamos que existe uma relação positiva entre a qualidade de vida na dimensão física e ajuste didático na dimensão consenso ( $r=-.292$ ,  $p=.023$ ). Verifica-se de igual modo uma relação positiva entre a qualidade de vida na dimensão psicológica ( $r=.262$ ,  $p=.043$ ), social ( $r=.296$ ,  $p=.021$ ), e dimensão de ajuste diádico total.

Pode-se assim concluir que a qualidade de vida na dimensão física aumenta quando o ajuste didático na dimensão consenso é maior, quanto na dimensão depressão e dimensão ansiedade aumenta. O mesmo acontece à qualidade de vida na dimensão psicológica e social, que quando a pontuação é maior a dimensão de ajuste diádico total é mais elevada.

Também se verifica que existe uma relação negativa entre a sintomatologia depressiva na dimensão ansiedade e ajuste didático na dimensão consenso ( $r=-.282$ ,  $p=.029$ ).

Pode-se assim concluir que a sintomatologia depressiva na dimensão depressiva diminui quando o ajuste didático na dimensão consenso aumenta.

De acordo com o ajuste diádico observa-se que os participantes no grupo IRC Diálise demonstraram uma pontuação na dimensão consenso inferior ( $M=52.26$ ,  $DP=3.51$ ) ao grupo IRC Diálise ( $M=52.7$ ,  $DP=2.89$ ). No entanto, esta diferença não é significativa  $t(58)=-.522$ ,  $p=.604$ ) sugerindo que os participantes revelaram pontuações no Ajuste didático na dimensão consenso são semelhantes nos dois grupos. No que se referencia à dimensão satisfação no grupo IRC Diálise verifica-se uma pontuação inferior ( $M=39.9$ ,  $DP=3.07$ ), ao grupo IRC não Diálise ( $M=39.95$ ,  $DP=4.06$ ). No entanto, esta diferença não é significativa  $t(58)=.036$ ,  $p=.972$ ) sugerindo que os participantes revelaram pontuações no ajuste didático na dimensão satisfação são semelhantes nos dois grupos. Quanto à pontuação na dimensão coesão no grupo IRC diálise é inferior ( $M=17.6$ ,  $DP=2.93$ ), ao grupo IRC não diálise ( $M=18.8$ ,  $DP=6.20$ ), no entanto, esta

diferença não é significativa  $t(58)=-.984, p=.329$ ) sugerindo que os participantes revelaram pontuações no ajuste didático na dimensão coesão são semelhantes nos dois grupos, relativamente à dimensão expressão de afeto verifica-se que tem pontuação superior ( $M=8.50, DP=.9$ ), ao grupo IRC não diálise ( $M=8.33, DP=1.70$ ), no entanto, esta diferença não é significativa  $t(58)=.473, p=.638$ ) sugerindo que os participantes revelaram pontuações no ajuste didático na dimensão expressão de afetos são semelhantes nos dois grupos, por último a dimensão de ajuste diádico total no grupo IRC diálise tem uma pontuação inferior ( $M=118.30, DP=6.76$ ) que os participantes no grupo IRC Não Diálise ( $M=120.2, DP=9.74$ ) no entanto, esta diferença não é significativa  $t(58)=-.893, p=.375$ ) sugerindo que os participantes revelaram pontuações no ajuste didático na dimensão satisfação são semelhantes nos dois grupos.

Os resultados relativamente à presença de sintomatologia psicológica nos dois grupos de participantes, verificou-se que o grupo IRC Diabético apresenta valores mais elevados de sintomatologia depressiva do que o grupo IRC. Este fato pode ser justificável dado haver muitos aspetos da vida que são afetados pelo tratamento e pela sua disfunção, que tanto a doença como o tratamento causam, o bem-estar que foi alterado, o que vai de encontro com algumas investigações (Auer, 1990; Barata, 2015; Barata & Meneses, 2009; Diniz, 2006; Kimmel, 2000, 2003). A QDV e o estado de saúde são diferentes consoante o género, o que difere do estudo de Martins e Cesariano (2005), que aferem não haver diferenças na relação QdV e género, apesar de se verificarem diferenças na ansiedade, depressão e stresse, assim como Santos (2006) não verificou diferenças. Por outro lado, Higa et al. (2008), refere que no seu estudo os homens apresentam piores resultados e Lopes e colaboradores (2007), demonstram que são as mulheres em HD que apresentam menor QDV.

## DISCUSSÃO

O presente estudo demonstra um maior comprometimento ao nível da qualidade de vida dos indivíduos com IRC não diabéticos comparativamente aos indivíduos com IRC Diabéticos. Destacam-se valores elevados

para IRC não Diabéticos ao nível do domínio físico e psicológico, tendo valores ligeiramente elevados no grupo IRC Diabéticos no domínio social e ambiente. Estes resultados vão em parte de encontro de Trentini, Corradi, Araldi e Tigrinho (2004), já que, com indivíduos entre os 20 e os 80 anos em tratamento hemodialítico, manifesta-se tristeza, frustração, depressão e raiva pela situação, sendo notório o comprometimento de alguns aspetos físicos, sociais e emocionais. Pode concluir-se que o fato de serem portadores da diabetes em nada compromete o fato de também realizarem hemodiálise não tendo necessariamente de ver comprometida a sua qualidade de vida. Este resultado vem contrariar o estudo de Hanestad (1993), que verificou que os doentes com nefropatia apresentam valores significativamente mais baixos nas subescalas flexibilidade no tempo de lazer, relações sociais, queixas físicas, preocupação em relação ao futuro e bem-estar positivo. Também verificou que a presença de nefropatia tem um efeito negativo na satisfação com o domínio físico da vida. Para além do mencionado, os indivíduos com IRC poderão sentir maior exigência terapêutica, destacando-se a necessidade de administração de insulina bem como o controlo da atividade física e alimentação.

Relativamente à presença de sintomatologia psicológica na presente amostra estudada, ou seja, ansiedade e depressão, os dados apontam para que existe maior prevalência nos indivíduos com IRC Diabéticos. Anderson e colaboradores(2001) realizaram uma meta-análise, concluindo que a diabetes praticamente duplica o risco de depressão. Verificaram que um em cada três pacientes diabético tem depressão e que as mulheres diabéticas apresentam maior risco de depressão e ainda que não havia diferença na prevalência de depressão entre o DM tipo I e II. Seja qual for a doença, sabemos que terá impacto na vida do indivíduo. A pessoa não sofre só quando sente dor física mas, para além dessa causa evidente de sofrimento, sofre quando sente qualquer perda significativa, real ou em perspetiva para o seu futuro próximo, como a perda da saúde com consequentes alterações no estilo de vida (Gameiro, 1999).

Doentes com IRC Diabéticos têm maior probabilidade de desenvolver estado depressivo o que pode prejudicar a adesão ao tratamento. Contudo, a ansiedade talvez justificável devido às restrições de tratamento, pode comprometer o Ajuste Diádico. Por outro lado, Almeida e Meleiro (2000) dizem que nas pessoas com IRC, a perceção negativa do seu estado de



saúde está associada ao seu estado de depressão e, a QDV parece ser fortemente influenciada pelos sintomas depressivos.

Um menor ajuste diádico pode ser sinónimo de menor proteção contra o stress e maior vulnerabilidade a que estão sujeitos, sendo que a depressão e ansiedade é usualmente associada com alguma perda e estas são duradouras para o doente renal. Existe perda do bem-estar, do seu papel na família e no trabalho, perda de tempo, fontes de recursos financeiros e função sexual (Deoreo,1997). Este estudo revela valores elevados para os indivíduos IRC Diabéticos na dimensão consenso, coesão e ajustamento diádico total embora o domínio satisfação tenha o mesmo resultado no grupo IRC não Diabético. Isto porque poderá o tratamento não ser tão negativo para o subsistema do casal que adota uma proteção afetiva e que o cônjuge só se disponibiliza no apoio e ajuda e que faça aumentar a auto-confiança e a capacidade para implementar comportamentos ajustados.

Kimmel (2000) afirma que a depressão tende a diminuir com o aumento da idade, mas refere que deve ser considerado com cuidado, devido à possibilidade de um viés do sobrevivente, já que, verificou que os mais deprimidos apresentam índices de mortalidade maiores, sobrevivendo aqueles com menos índice depressivo ou ansiogénico. A depressão pode provocar diminuição da imunidade, relaxamento dos cuidados pessoais, menor adesão ao tratamento e dietas, intensificação dos problemas familiares bem como financeiros.

A doença crónica implica sempre sofrimento e mudanças no estilo de vida e por esse motivo nunca é bem recebida. Mesmo os que parecem mais adaptados apresentam alguma revolta por detrás de sua tolerância, porque ninguém quer adoecer, muito menos ser doente para toda a vida. Os sentimentos que acompanham o adoecer são negativos, podendo chegar à depressão. É importante a deteção precoce de sintomas depressivos, para que sejam tomadas medidas terapêuticas adequadas a cada paciente no seu contexto biopsicossocial.

Nas doenças renais, a população que tem sido mais estudada quanto à depressão, é a de doentes em tratamento dialítico e, sem dúvida, a IRC e a diálise são stressores que precipitam depressão, principalmente em indivíduos vulneráveis. Segundo Rodin (1989), cerca de metade dos doentes em tratamento de diálise refere sintomas depressivos, no entanto, em menos de 25% deles é possível o diagnóstico de TDM.

Em suma, conclui-se com o presente estudo que, (1) doentes diabéticos com IRC apresentam mais implicações na qualidade de vida do que doentes com IRC; (2) Existe relação negativa entre a presença de perturbação de humor, qualidade de vida e ajuste diádico; (3) doentes diabéticos IRC apresentam maior relação diádica do que doentes com IRC.

## REFERÊNCIAS

- Almeida, A. M., & Meleiro, A. M. (2000). Revisão: Depressão e insuficiência renal crónica: uma revisão. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 22(1), 192-200.
- Anderson, R.J., Freedland, K.E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. *Diabetes Care*, 24(6), 1069-1078.
- Auer, J. (1990). The Oxford-Manchester study of dialysis patients: Age, risk factors and treatment method in relation to quality of life. *Scand Journal Urology Nephrology*, 131, 31-37.
- Barata, N. E. R. R. C. (2015). Relação Diádica e Qualidade de Vida de Pacientes com Doença Renal Crónica. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 37(3), 315-322. doi: 10.5935/0101-2800.20150051
- Barata, N. E., & Meneses, R. F. (2008). *Avaliação da Qualidade de Vida do Insuficiente Renal Crónico*. Saúde e Qualidade de Vida em Análise (pp. 269-291). Porto: Edições ESEP.
- DeOreo, P. B. (1997). Hemodialysis patients – Assessed functional health status predicts continued survival, hospitalization, and dialysis-attendance compliance. *American Journal of Kidney Diseases*, 30 (2), 204-212.
- Diniz, D. P., & Schor, N. (2006). *Qualidade de Vida*. Brasil: Manole Editora.
- Gameiro, M. H. (1999). *O sofrimento na doença*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Hanestad, B. R. (1993). Self-reported quality of life and the effect of different clinical and demographic characteristics in people with type 1 diabetes. *Diabetes of Life Research*, 4, 436-437.
- Higa, K., et al. (2008). Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21, 203-206.

- Kimmel, P. L. (2001). Psychosocial factors in dialysis patients. *Kidney International*, 59, 599-613.
- Kimmel, P. L. (2000). Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: correlates and outcomes. *American Journal of Kidney Diseases*, 35(4), 132-140.
- Kimmel, P. L., Peterson, R. A., Weihs, K. L., Simmens, S. J., Alleyne, S., Cruz, I., et al. (2000). Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis outpatients. *Kidney International*, 57, 2093-2098.
- Lopes, G. B., et al. (2007). Comparações de medidas de qualidade de vida entre mulheres e homens em hemodiálise. *Revista Associação Médica Brasileira*, 53(6), 506-509.
- Moreno, A. C. (1999). *Guia terapéutica de las depresions*. Barcelona: Masson.
- Santos, P. R. (2006). Relação do sexo e da idade com o nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. *Revista Associação Médica Brasileira*, 52(5), 356-359.
- Trentini, M., Corradi, E., Araldi, M., & Tigrinho, F. C. (2004). Qualidade de vida das pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos, sociais e emocionais. *Revista Texto Contexto Enfermagem*, 13(1), 74-82.
- Trindade, I., & Carvalho Teixeira, J. A. (2000). *Psicologia nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Climepsi Editores.